

## OBJECTIFS

Les données publiées concernant les infections ostéo-articulaires (IOA) à *Pseudomonas aeruginosa* (*Pa*) sont non seulement peu nombreuses mais également contradictoires, notamment en termes de pronostic. L'objectif de cette étude est de décrire les particularités des IOA à *Pa* en termes d'épidémiologie, de microbiologie, de traitement, et d'évolution au sein de notre établissement.

## METHODES

Etude rétrospective monocentrique des patients pris en charge pour IOA à *Pa* au CHU de Nantes entre 2009 et 2012. Recueil des données cliniques, microbiologiques et thérapeutiques.

**Critères d'inclusion:** ≥ 18 ans  
≥ 1 prélèvement profond positif à *Pa* : ponction articulaire et/ou biopsie ostéo-articulaire per-opératoire.

## RESULTATS

### 11 IOA sur prothèses

Caractéristiques démographiques	
Age moyen	74 ans
Sexe ratio	0,38
Evénement précédant l'IOA à <i>Pa</i>	
Pose initiale de prothèse	7 (64%)
<i>fracture fermée</i>	4
<i>arthrose</i>	3
Reprise chirurgicale	4 (36%)
<i>changement de prothèse</i>	3
<i>évacuation d'hématome</i>	1
Délai de survenue de l'IOA à <i>Pa</i>	
Aigu (<30 jrs)	8 (72%)

. Les IOA à *Pa* concernent principalement les femmes, contrairement aux IOA traumatiques qui touchent une population plutôt masculine.

. L'IOA survient précocement (<30 jrs) dans la majorité des cas.

. L'IOA se manifeste principalement par des problèmes de cicatrisation (65%) et des douleurs (54%).

### 35 IOA traumatiques

Caractéristiques démographiques	
Age moyen	48 ans
Sexe ratio	2,5
Atteinte initiale	
Fracture	25 (71%)
<i>fracture ouverte</i>	14
<i>fracture fermée</i>	11
Plaie	7 (20%)
<i>chronique</i>	4
<i>aigue</i>	3
Polyarthrite rhumatoïde	2 (6%)
Chondrocarcinome	1 (3%)
Arthrite sur injection de drogues I.V	1 (3%)
Dernière prise en charge précédant l'IOA à <i>Pa</i>	
Chirurgie orthopédique	29 (83%)
<i>chirurgie initiale</i>	13
<i>reprise chirurgicale</i>	16
Orthopédie	3 (8%)
Antibiothérapie seule	1 (3%)
Délai de survenue de l'IOA (hors plaies chroniques)	
Aigu (<30 jrs)	19 (54%)

### 46 patients au total

#### Prise en charge chirurgicale de l'IOA

Nombre de patients	46 (100%)	Délai symptômes-chirurgie médian	21 jours
Matériel laissé en place / patients avec matériel	17/33 (51%)	Délai symptômes-chirurgie < 15 jrs	24 (52%)

. Tous les patients ont été traités chirurgicalement, moins de 15 jours après le début des symptômes dans la moitié des cas.  
. Le matériel a été laissé en place pour la moitié des patients porteurs.

#### Microbiologie

Prélèvement polymicrobien	31 (67%)	<i>Nombre moyen de germes</i>	2	Souches Résistantes aux FQ et/ou β-lactamines	4 (9%)
Prélèvement monomicrobien	15 (33%)			<i>R CIP</i>	4
				<i>R CAZ et R CIP</i>	1

. Prédominance de prélèvements polymicrobiens.

. Souches sensibles communautaires.

#### Antibiothérapie

Nombre de patients	45 (98%)	Association comprenant une FQ	39 (87%)
Durée moyenne d'ATB	92 jours	Association CAZ + CIP	24 (53%)

. Traitement prolongé (~ 90 jrs) comprenant une fluoroquinolone (FQ) dans environ 90 % des cas.  
. L'association Ceftazidime (CAZ) – Ciprofloxacine (CIP) est utilisée dans la moitié des cas.

#### Evolution à 1 an (37 patients)

Reprise chirurgicale pour persistance du sepsis	6 (13%)	Mortalité totale	7 (19%)
<i>dont matériel en place lors de la 1ère chirurgie</i>	6	Mortalité liée au sepsis	4 (11%)
Guérison	30 (81%)	<i>dont fistulisation dirigée</i>	2

. Taux de succès élevé d'environ 80 % de guérison à 1 an. Toutes les reprises chirurgicales réalisées nécessaires en raison d'une persistance du sepsis ont eu lieu chez des patients pour qui le matériel n'avait pas été retiré lors du traitement chirurgical initial.

## CONCLUSION

Les IOA à *Pa* sont souvent considérées comme étant de mauvais pronostic (*Uçkay I. and Bernard, 2010*) mais les séries publiées sont peu nombreuses et concernent essentiellement les IOA à bacilles gram négatifs sur prothèses dont les résultats sont parfois contradictoires et difficilement comparables (*Zmistowski et al, 2011; Hsieh P-H et al, 2009*). Notre étude confirme la complexité des IOA à *Pa*, de par leur caractère plurimicrobien, et de par la diversité des situations rencontrées. L'ablation du matériel est le plus souvent nécessaire, ainsi qu'une multithérapie antibiotique prolongée, avec néanmoins un taux de succès élevé.